

Année 1957

N° _____

T H E S E

pour le

891

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean - Lucien DELMAS
né le 1er Juillet 1929 à MARSEILLE (B.du.R)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juillet 1957

LES KYSTES PARA COCCYGIENS :

Leur traitement
par la petite chirurgie

Président : M.Ch. DEBRAY, Professeur.

Année 1957

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean - Lucien DELMAS

né le 1er Juillet 1929 à MARSEILLE (B.du.R)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Juillet 1957

LES KYSTES PARA COCCYGIENS :

Leur traitement
par la petite chirurgie

Président : M.Ch. DEBRAY, Professeur.

MM. BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.),
 CHABROL (ET.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.),
 DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.),
 LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOIAL (E.), LHERMITTE (J.),
 LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.),
 SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E.);

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DEIARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELIE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
)Cochin	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales	)Hôtel-Dieu. MENEGAUX (G.)
)Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique.	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire. de	GAUDARD-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie.	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire.	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants.	CATHALA (J.)

MM.

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale .	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
(Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
) Broussais	DE GENNES (L.)
Cliniques médicales (Cochin	MOREAU (R.)
) Hôtel-Dieu/	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
(Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales (Port-Royal	VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

	MM.
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale. . .	GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVEIAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel .	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie-médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	MM.
Anatomie	(DELMAS (A.), pr.s.ch.) CABROL (C.) (DEBEYRE (J.)) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)) pr.s.ch.) BUSSER (F.) (GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	(NEVOT (A.) pr.s.ch.) CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(ETTORI (J.) pr.s.ch.) DESGREZ (P.) (POLONOVSKI (J.)) SCHAPIRA (R.)
Biologie médicale	(BOURLIERE (F.)
Dermato-Syphiligraphie	(DUPERRAT (F.)
Embryologie.	(TUCHMANN-DUPIESSIS (H.)

MM.

Histologie	(COUJARD (R.)) N... (N...
Hydrologie	(CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.) pr.s.ch.) DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) pr.s.ch.) GAULTIER (M.) (HADENGUE (A.)
Médecine du travail	(ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	(DAVID (M.)
Neurologie	(LHERMITTE (F.)
	(GRASSET (J.)) LE LORIER (G.) (LEPAGE (F.)) MERGER (R.) (MORIN (P.)) RAVINA (J.) (ROBEY (M.)
Obstétrique	(BREGEAT (P.)) DESVIGNES (P.)
Orthopédie	(JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (M.)) MADURO (R.)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C.)) CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (P.)) BARCAT (J.) (BAUMANN (J.)) CAUCHOIS (J.)

MM.

	(DUBOST (C.)
	) FAUREL (J.)
	(FIABEAU (F.)
	) GERMAIN (A.)
	(GOSSET (J.)
Pathologie chirurgicale	) LAURENCE (G.)
	(LORTAT-JACOB (J.)
	) MATHEY (J.)
	(OLIVIER (Cl.)
	) POILLEUX (F.)
	(THOMERET (G.)
	) VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	(LOEPER (J.)
	) MAURICE (P.)
	(BOUDIN (G.)
	) BOUVIER (J.B.)
	(BRICAIRE (H.)
	) BRISAUD (H.)
	(CASTAIGNE (P.)
	) CONTE (M.)
	(DEROF (M.)
	) DOMART (A.)
	(LAMOTTE (M.)
Pathologie médicale	) LAROCHE (C.P.)
	(MACREZ (Cl.)
	) MILLIEZ (P.)
	(PEQUIGNOT (H.)
	) PERRAULT (M.)
	(RAMBERT (P.)
	) ROYER (P.)
	(THIEFFRY (St.)
	) TURIAU (P.)
	(WOLFEROMM (R.)
	) N...
Pédiatrie	(JOSEPH (R.)
	) MOZZICOMACCI (P.)
	(POLODOVSKI (Cl.)
Pharmacologie	(CHEYMOL (J.) pr.s.ch.
	) LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
Physiologie	(BARJETON (D.) pr.s.ch.
	) PARROT (J.) pr.s.ch.
	(DEJOURS (P.)

MM.

Physique médicale	(DJOURNO (A.) pr.s/ch.) GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.)) CHA PUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.)) HUGUIER (J.) (LEGER (L.)) PADOVANI (P.) (ROUX (M.)
Clinique médicale	(DREYFUS (Gilbert) HAGUENEAU (J. pr.s.ch. (KOURILSKY (R.)) MARCHAL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LA PLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

Secrétaire Général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE (P.)) LAURENT (H.), LE NOIR (G.) (QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

- -

-

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MES PARENTS

En témoignage de gratitude
pour les sacrifices consentis
tout au long de mes études.

A MA FEMME

A MA FILLE

-

avec toute ma tendresse

A MES BEAUX PARENTS

A TOUS LES MIENS

-

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY
Professeur de Clinique Médicale
et d'Hydro-Climatologie thérapeutique
Médecin de l'Hôpital BICHAT
Chevalier de la Légion d'Honneur

-

qui a bien voulu me faire
l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Hommages respectueux et
reconnaissants.

Au Docteur Jean ARNOUS
Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Léopold BELLAN
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a inspiré cette
thèse.

Témoignage de profonde
gratitude.

A mon Maître
le Docteur Pierre GERARD-MARCHANT
Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

-

qui, pendant trois ans
m'a reçu dans son service.
En remerciement pour
l'enseignement qu'il m'a
donné.

Au Docteur Albert DELAUNAY
Directeur du Service de Pathologie Expérimentale
à l'Institut Pasteur

-

qui n'a jamais manqué
de me témoigner le plus
amical intérêt.
Qu'il veuille bien
trouver ici le meilleur
de ma gratitude.

Au Docteur Théophile GIBERT
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Léopold BELLAN

-

Dont j'ai eu l'honneur
pendant un an d'être
l'interne.

En remerciement pour
l'accueil qu'il m'a fait.

Au Docteur Ernest PARNAUD
Ancien Interne provisoire des
Hôpitaux de Paris

qui m'a apporté une aide
opportune dans l'élabo-
ration de cette thèse.
Sentiments reconnaissants.

LES KYSTES PARA COCCYGIENS
=====

Leur traitement
par la petite chirurgie

=

INTRODUCTION

Le kyste para-coccygien se rencontre relativement peu souvent en France; ce n'est pas pour autant une affection rare.

Le but de ce travail est de démontrer que quelle que soit l'origine de ce kyste, il doit toujours être considéré comme une affection portant en elle-même son propre potentiel évolutif, dont le seul traitement est l'exérèse totale.

Nous allons également nous efforcer de montrer que dans la majorité des cas, ce traitement peut être ambulatoire, ou n'entraîner qu'une incapacité fonctionnelle de courte durée.

Ce travail est basé sur 22 observations suivies dans le Service de Proctologie du Dr Jean ARNOUS, à l'hôpital Léopold Bellan.

DEFINITION

On entend par kyste para coccygien, une cavité développée dans le tissu sous cutané péri-anal, tapissée de granulations, communiquant avec la surface cutanée du sillon inter fessier par un canal recouvert d'un épithélium squameux qui se continue avec l'épiderme.

La terminologie employée pour décrire cette lésion est variée: les auteurs parlent de kyste dermoïde, de sinus et de kyste pilonidal, ou encore de maladie pilonidale. L'adjectif pilonidal, signifiant étymologiquement "nid de poils".

Aux dénominations également employées de kyste coccygien ou sacro coccygien, nous préférons celle de kyste para coccygien. En effet, ces kystes n'ont avec le sacrum et le coccyx que des rapports de voisinage; elles n'ont de même aucun rapport avec les méninges et l'anus. Quant aux poils, s'ils sont souvent retrouvés, nous verrons que leur présence est loin d'être constante .

HISTORIQUE

La première description de la maladie semble revenir à A.W. ANDERSON qui, en 1847 dans le Journal Médical et Chirurgical de Boston, signalait avoir eu affaire à une lésion infectée de la région sacro coccygienne contenant des poils.

Mais la première interprétation parthogénique revient à WARREN de Boston en 1864.

Cet auteur pensait que la lésion était due à un défaut d'orientation du follicule pileux, qui en sens inverse de son tropisme habituel, poussait vers l'intérieur, créant ainsi un trajet fistuleux.

Il signalait une douzaine de cas, tous ces sujets, en majorité des hommes (une femme seulement pour 12 cas) avaient une très forte pilosité.

HODGES en 1880, reprenant les observations de WARREN, créait le mot de sinus pilonidal; en effet, les lésions qu'il rencontrait étaient caractérisées par la présence de poils, l'absence de membrane de revêtement, et la présence d'un tissu de granulation.

Pour lui, la maladie était provoquée par la croissance d'un poil dans la fossette post anale qui produisait une excoriation et le forage du tissu sous cutané.

En 1880 également, VON ECKER signalait les relations embryogéniques de la glabelle coccygienne avec le ligament caudal.

La thèse française de COUREAUD en 1884, proposait parmi les étiologies possibles des kystes para coccygiens :

La fermeture incomplète des deux moitiés du corps,

L'existence de la trace d'un spina bifida occulta,

La disparition du ligament caudal.

Les poils ne jouaient plus pour WENDELSTADT en 1885 qu'un rôle mécanique, favorisant la rétention dans un trajet fistuleux préexistant.

A l'aide de leurs travaux basés sur l'étude des coupes sériées d'embryon de poulet, TOURNEAUX et HERMANN soutenaient en 1887 que le kyste para coccygien était dû à un défaut de régression des vestiges sacro coccygiens du canal médullaire.

Cette théorie neurogène, sera reprise en 1926 par OEHLECKER, en 1933 par WHEELER et par BURNS en 1946.

Elle s'opposait à la théorie ectodermique que pressentait MALLORY en 1892 et que défendront FOX et ASCHOFF en 1936 .

En 1931 STONE, en s'appuyant sur l'anatomie comparée, soutenait la théorie glandulaire.

L'étude des kystes para coccygiens a connu un essor particulier pendant toute la durée de la dernière guerre mondiale, aux Etats-Unis.

La nécessité pour les armes combattantes de récupérer le plus rapidement possible les sujets atteints de cette affection amena de nombreux auteurs à envisager des thérapeutiques d'excision et de fermeture sur lesquelles nous reviendrons.

C'est également la fréquence de cette affection parmi les soldats en campagne qui fit penser en 1942 à PATEY, KING et SCARFF que ces circonstances étiologiques extérieures pouvaient être seules à l'origine de ces kystes.

C'était reprendre, près d'un siècle après, la théorie acquise du kyste para coccygien.

PATHOGENIE

On reconnaît généralement au kyste para coccygien une origine congénitale. Pour certains, cependant, le kyste est une affection acquise.

Avant de passer en revue les arguments que nous proposent les partisans de l'une et de l'autre origine, et pour bien les comprendre, nous allons faire un rappel embryologique volontairement succinct.

Dès le vingtième jour, le disque embryonnaire se creuse à sa face supérieure ectodermique. Cette gouttière neurale se creuse de plus en plus; les lèvres se rapprochent, et au vingt troisième jour, s'accolent. La gouttière neurale est devenue tube neural.

Le tube neural est immédiatement sous la face ectodermique de l'embryon et reste encore en continuité avec celle-ci par ses extrémités appelées neuropores antérieur et postérieur. Ces neuropores s'oblitérent à un mois (fig.1).

Jusqu'au 4ème mois, l'extrémité caudale de la chorde dorsale ou filum terminale va persister sous la forme d'un tube tapissé de cellules épithéliales polyédriques.

Ce tube à partir du 5ème mois de la vie foetale va subir une involution avant de disparaître complètement.

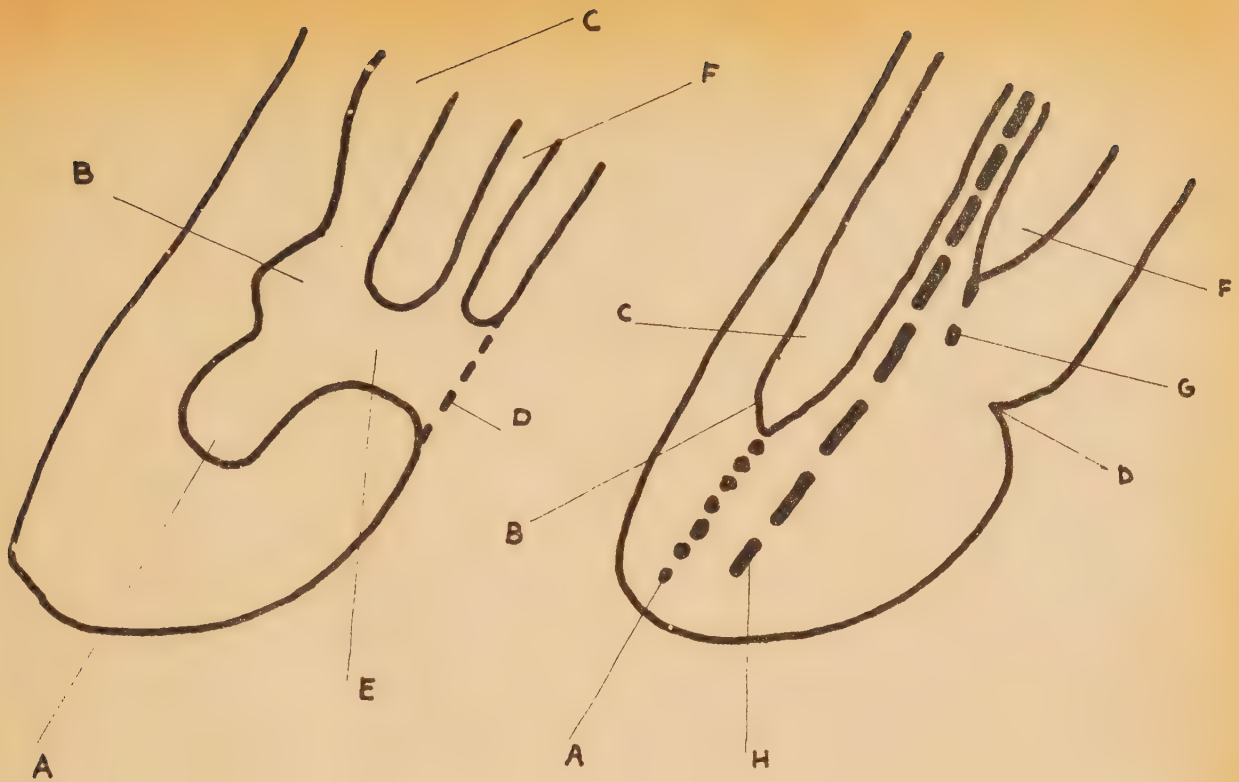


Figure I (d'après OMBREDANNE)

A - Intestin post anal - B - Bouchon cloacal - C - Tube digestif
 D - Blastopore - E Canal neurentérique - F - Tube médullaire
 G - Oblitération du tube médullaire primitif - H - Ebauche
 mésodermique du rachis autour de la chorde dorsale -

Les théories congénitales

Il en existe trois que nous allons étudier successivement.

La théorie Neurogène

Pour TOURNEAUX, MALLORY et GAGE, le kyste est dû à des vestiges du filum terminale, et GAGE comme preuve de cette origine neurale, rapporte le cas d'un sinus dorsal allant de la peau au canal médullaire.

Il est indiscutable que les reliquats embryonnaires de la chorde dorsale peuvent être à l'origine de tératomes. WHEDER en 1933 et BURNS en 1946 rapportent également quelques cas de communication du canal central de la chorde dorsale avec la peau. Mais

ces tumeurs doivent, à notre avis, être distinguées du kyste para coccygien.

Sur les 22 observations que nous avons dépouillées, rien ne peut permettre de conclure à un rapport d'origine du kyste avec le système nerveux central; et dans les 16 cas où l'exérèse complète a pu être pratiquée, jamais l'espace sous arachnoïdien n'était atteint.

La théorie glandulaire

Elle est soutenue par STONE. Cet auteur s'est étonné à juste titre que le kyste para coccygien ne se manifeste qu'à l'âge de pleine maturité sexuelle. C'est en partant de cette base qu'il a imaginé qu'à l'origine de cette affection, existait une glande.

Il en a trouvé la preuve dans l'anatomie comparée. Il existe, en effet, dans la région caudale de certains mammifères une glande odoriférante.

Une glande semblable (Preen gland) a été retrouvée dans la queue des oiseaux. Elle permet à ces derniers d'enduire leurs plumes d'une substance onctueuse qui sert à la fois de nettoyeur et de fixatif. Ces glandes dont le développement et la fonction sont intimement liés aux caractères sexuels secondaires, auraient une origine identique à celle de la glande mammaire.

Cette théorie est très élégante et repose sur des bases solides; on lui a reproché toutefois, de mal expliquer la présence de follicules pileux et de tous les éléments que l'on retrouve habituellement au niveau de la peau.

La théorie ectodermique :

Pour les partisans de cette théorie : FOX et ASCHOFF, le kyste para coccygien est une inclusion ectodermique résultant d'une anomalie de la coalescence de l'ectoderme primitif au niveau du raphé postérieur. Le premier degré de cette anomalie est la fossette coccygienne; un degré de plus et nous avons une poche kystique communiquant avec son lieu d'origine par un canal fistuleux. Le terme accompli est le kyste isolé dont la cavité a perdu toute communication avec l'ectoderme qui lui a donné naissance.

Pour appuyer cette théorie, MAC LEOD rapporte le cas d'un kyste pileux pubien chez une femme de 35 ans. T.E. SMITH a vu un kyste dermoïde sous le raphé antérieur. Ces deux sujets avaient par ailleurs un authentique kyste para coccygien.

Bien que moins fréquents, ces kystes du raphé antérieur seraient comme les kystes para coccygiens, pour reprendre les termes de MAGATH, des "inclusions épithéliales du raphé", véritables dystrophies morphogéniques du raphé.

La théorie acquise

Cette théorie a été proposée par PATEY, SCARFF et KING. Le kyste est, pour ces auteurs, une affection acquise fréquente qu'il faut séparer des autres anomalies de la région sacro coccygienne.

Il s'agit d'un trajet fistuleux du type des trajets fistuleux par corps étrangers, provoqué par la pénétration de poils courts et rigides dans le tissu sous cutané.

Ces auteurs rapprochent du kyste para coccygien les lésions suppuratives chroniques des espaces interdigitaux des mains qu'ils ont pu observer chez certains coiffeurs.

Ils citent même le cas de kystes plantaires survenus chez un sujet qui avait l'habitude de marcher pieds nus sur un tapis en fibre de coco.

On reproche à cette théorie de ne pas expliquer l'absence de poils dans bon nombre de kystes. Nous verrons en effet, plus loin, que 7 seulement des 22 kystes que nous avons pu observer contenaient des poils.

Ces poils lorsqu'ils existent sont longs, fins et soyeux et ressemblent plus à des cheveux qu'à des poils, leur pénétration de dehors en dedans est donc problématique.

Cette théorie a néanmoins le mérite d'insister pour la première fois sur les conditions étiologiques qui président aux manifestations pathologiques des kystes para coccygiens

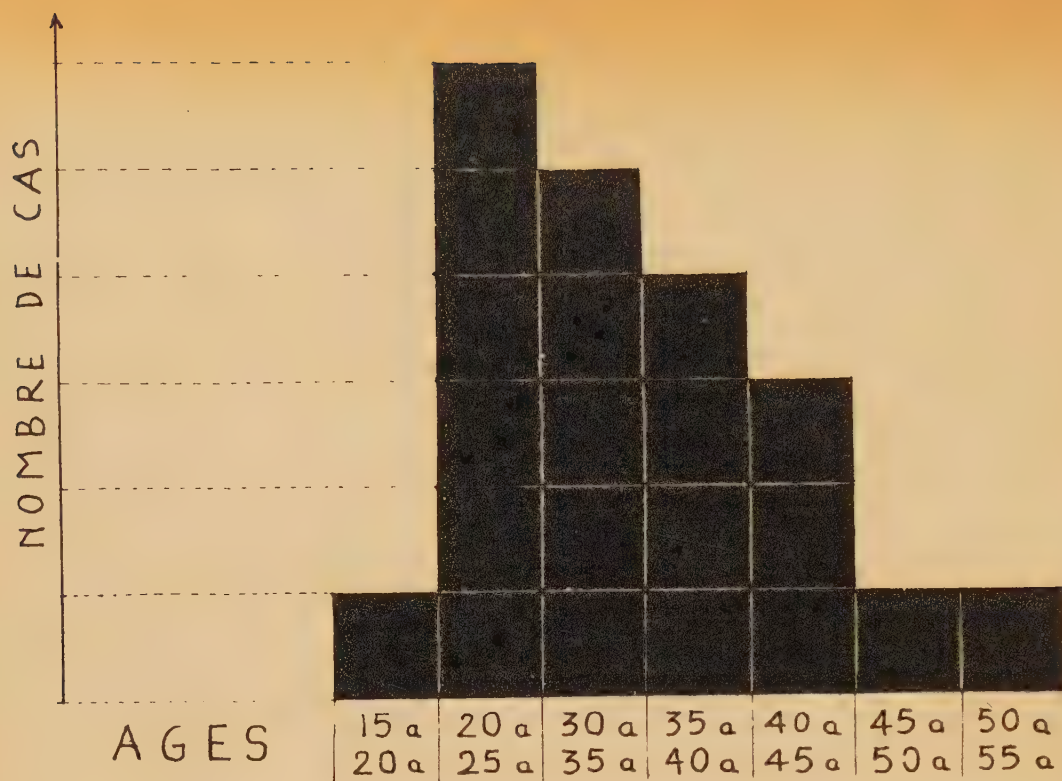
° ° °

Nous n'avons pas la prétention, en raison du matériel limité dont nous disposons, de trancher le débat entre les tenants des théories acquises et congénitales.

Notre position dépend de considérations thérapeutiques.

Il ressort en effet de nos observations, et de celles de la majorité des auteurs étrangers, comme nous le verrons plus loin, que le meilleur moyen d'éviter les récurrences du kyste para coccygien est son exérèse en bloc. C'est ce qui nous amène à conclure que ces suppurations sont entretenues par des formations congénitalement préexistantes.

Nous reconnaissons, pour des raisons que nous détaillerons dans le chapitre réservé aux soins post-opératoires tout l'intérêt de la théorie acquise. C'est elle, en effet, qui a mis l'accent sur les facteurs prédisposants dont nous allons voir toute l'importance.



ETIOLOGIE

D'après BEIQUE et DUPONT, 5 % des individus sont porteurs de kyste para coccygien, simple découverte d'examen le plus souvent, il peut parfois être ignoré pendant toute l'existence du sujet.

Cependant, divers facteurs peuvent intervenir et faire de cette malformation discrète une affection suppurative chronique

Nous allons les passer successivement en revue, ce sont :

L'âge

Tous les auteurs ont remarqué que le kyste para coccygien, exceptionnel chez l'enfant, se manifeste le plus souvent chez l'adulte jeune, entre 18 et 30 ans.

Parmi les 22 malades dont nous rapportons l'observation, le plus jeune a 17 ans.

Trois seulement ont plus de 40 ans

Seize, soit à peu près les $\frac{3}{4}$, ont entre 17 et 35 ans.

Onze, soit la moitié, ont entre 20 et 30 ans; la plus grande fréquence est observée entre 20 et 25 ans.

Ces résultats que nous avons groupés sur un graphique, fig.2, rejoignent exactement ceux publiés par les autres auteurs.

Le sexe :

Déjà, en 1864, WARREN avait remarqué que l'affection qu'il décrivait se retrouvait le plus souvent chez l'homme.

Nous n'avons, pour notre part, à rapporter que 3 observations de kyste para coccygien survenu chez une femme, soit 13 % de l'ensemble de nos observations, alors que nous avons rencontré cette affection chez 19 hommes.

Là encore, les chiffres que nous avançons sont identiques à ceux mentionnés dans la littérature.

La pilosité :

De tous les malades dont nous rapportons l'observation est abondante. Il s'agit de sujets bruns, aux poils denses, durs, et cassants, dont la séborrhée est profuse.

Or, la région sacro-coccygienne est largement pourvue en glandes sébacées et sudoripares. Ceci entraînant dans le sillon inter-fessier un état d'hyperhydrose, va favoriser l'éclosion d'une flore microbienne abondante.

Les possibilités de lutte antibactérienne, rendues difficiles par la disposition terminale de la circulation au niveau du raphé médian, vont être encore diminuées par la pilosité, facteur d'irritation, et par la séborrhée qui exagère encore l'état d'humidité locale.

Nous remarquons au passage, que la pilosité, caractère sexuel secondaire ne se développe qu'à la fin de l'adolescence. A cet âge seulement, la séborrhée devient réellement abondante.

A tel point que certains la mettent directement sous l'influence des hormones androgènes.

C'est, à notre avis, pour ces raisons que le kyste para coccygien se manifeste **plus** souvent chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte jeune, plus souvent que chez l'enfant, chez le sujet brun, aux poils denses et durs et à la peau grasse plus souvent que chez le sujet blond, glabre, à la peau sèche.

A côté de ces facteurs propres au sujet, auxquels il faut ajouter une diminution transitoire de la résistance du malade aux affections, une place doit être faite aux :

FACTEURS EXTERIEURS

qui sont essentiellement :

- les traumatismes minimes et répétés
- la sédentarité
- des soins d'hygiène locale défectueux.

C'est bien chez le militaire en campagne que ces différents facteurs se trouvent le plus régulièrement groupés. Ceci explique la multiplication des cas de kyste para coccygien parmi les combattants de la dernière guerre mondiale et les raisons qui ont amené **BUIE** à nommer cette affection :

" La maladie de la Jeep"

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Microscopiquement : la lésion comporte :

Les pertuis :

Ils sont situés en arrière de l'anus, sur le raphé postérieur non pas franchement sur la ligne médiane, mais à quelques millimètres en dehors d'elle.

Rarement il n'existe qu'un seul pertuis; leur nombre varie généralement de 3 à 10. Ils ont alors une disposition linéaire, formant avec la ligne médiane, un V ouvert en haut.

En règle punctiformes, les pertuis peuvent avoir un diamètre atteignant pour FOX celui d'un crayon.

Ronds ou ovales, leurs bords sont libres de granulations; une touffe de poils, facilement extirpables peut en sortir.

Le trajet fistuleux

Sa direction est soit caudale, soit, et c'est le cas le plus fréquent, ascendante. Fait capital, ce trajet reste séparé du plan sacro coccygien par une aponévrose, dense et bien individualisée.

Il existe une véritable paroi disséquable, permettant l'exérèse en bloc.

Sa longueur est en général de 1 à 2 cm, mais peut atteindre 5 à 6 cm. Il aboutit à une cavité kystique, de grandeur variable, qui n'est que le renflement bulbeux de l'extrémité de la fistule.

Tous les orifices se dirigent vers la même cavité; parfois il existe des dilatations **successives**.

Les poils que nous avons vu apparaître par les orifices, se retrouvent à l'intérieur de la cavité kystique, enroulés sur eux-mêmes. Ils sont fins et soyeux, et ressemblent à des cheveux plus qu'à des poils.

Sur 422 cas traités pour la première fois, H.R. GRAU a trouvé des poils dans 72 % des kystes. Il en a retrouvé seulement 42 % chez les sujets présentant des récidives.

La majorité de nos cas avait subi antérieurement des interventions plus ou moins délabrantes qui avaient entraîné des modifications importantes du tissu kystique initial. C'est ce qui explique à notre avis, que nous n'ayons retrouvé des poils que 7 fois, soit dans un peu plus du tiers de nos observations.

Microscopiquement :

Le trajet fistuleux est tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié au niveau duquel on retrouve dans un certain nombre de cas des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares.

Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir l'examen anatomopathologique de tous les kystes qui font l'objet de cette étude. Aussi emprunterons-nous à d'autres auteurs les chiffres qu'ils ont publiés.

H.R. GRAU a retrouvé de l'épithélium dans 44% des cas traités pour la première fois et dans 19% seulement des cas présentant des récidives.

Les résultats sont sensiblement différents pour BEIQUE et DUPONT, puisqu'ils signalent la présence pratiquement constante de l'épithélium, dans lequel ils retrouvent des follicules pileux dans 50 % des cas, des glandes sébacées et sudoripares dans 30% .

En cas de réaction inflammatoire, due à l'accumulation des sécrétions en vase clos par obturation des pertuis, on rencontre des granulomes à corps étrangers avec de nombreuses cellules géantes entourant les poils.

60% des cas traités pour la 1ère fois et 74% des cas traités pour récidives rapportés par H.G.GRAU contenaient ce tissu d'inflammation chronique.

Il se forme de plus, par l'amas des cellules épithéliales détruites et par les déchets de l'activité cutanée, des masses molles que certains ont appelées: "masses cireuses"

Lors d'un examen du kyste para coccygien, la découverte de granulomes et de masses cireuses est caractéristique d'une inflammation antérieure.

BACTERIOLOGIE

Nous avons vu que l'infection était constante dans tous les kystes cliniquement décelables.

La flore intestinale en est théoriquement absente. Cependant, le voisinage immédiat de l'anus peut entraîner une surinfection par les bacilles coliformes.

Le plus souvent, on retrouve dans les lésions une flore aérobie et anaérobie essentiellement composée de staphylocoques et de streptocoques.

Plusieurs auteurs ont insisté sur la diffusion de cette infection très à distance dans le tissu sain.

Ces considérations entraînent des conséquences thérapeutiques que nous étudierons plus loin.

C L I N I Q U E

Le patient est venu consulter.

Tantôt pour des douleurs, ou plus souvent une gêne pénible en rapport avec une infection du kyste et des tissus adjacents.

Tantôt pour une fistule qui a succédé à l'incision d'un abcès rétro-anal.

Mais parfois le kyste para coccygien est une découverte d'examen chez un malade inquiet de ses hémorroïdes ou d'une simple humidité anale persistante.

En général, le diagnostic s'impose au premier coup d'oeil.

Il ne fait aucun doute dès l'instant où l'on constate sur le raphé postérieur, en arrière de l'anus, non pas franchement sur la ligne médiane, mais en dehors d'elle, une succession linéaire d'orifices punctiformes.

Leur nombre varie de 3 à 8 ou 10, leur alignement constitue avec la ligne médiane un V ouvert vers le haut.

Chacun, signe pathognomonique, est centré par un ou plusieurs poils que l'on peut extirper sans effort à la pince.

A la pression, il est possible de faire sourdre un liquide grumeleux et jaunâtre, parfois hémorragique, peu ou pas odorant, témoin d'une infection antérieure.

Le diagnostic reste facile dans les formes moins typiques pour lesquelles il n'existe qu'un orifice sans émergence de poils.

Il reste facile également, si le kyste est découvert au stade d'abcès non fistulisé. Les signes d'inflammation sont alors évidents; on trouve une tuméfaction sacro-coccygienne recouverte d'une peau tendue et chaude. Il y a peu de réactions générales, la température est rarement élevée.

Quoi qu'il en soit, il reste à noter avec soin, l'âge du malade, l'importance de sa pilosité, sa profession, ses antécédents pathologiques et surtout si il a déjà été antérieurement incisé ou traité.

Parmi les 22 malades que nous avons pu suivre, 13, soit plus de la moitié, souffraient depuis plus d'un an; deux d'entre eux souffraient depuis plus de dix ans - 10, soit 45%, avaient déjà subi une ou plusieurs interventions. Parmi les diverses interventions subies, on note une amputation du coccyx.

Il importe par un cathétérisme prudent des trajets fistuleux de préciser l'importance des lésions.

On appréciera également l'importance apparente de l'infection, en notant toutefois qu'il est toujours difficile de prévoir l'étendue des tissus à exciser.

L'examen doit être complété par la recherche de tares générales.

Il est bon de pratiquer également un examen bactériologique et de rechercher la sensibilité des germes aux antibiotiques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Devant un tel tableau clinique habituellement rencontré, il est presque inutile de réserver une importance quelconque au diagnostic différentiel.

Le kyste para coccygien ne peut être confondu avec une fistule anale ; il s'en distingue en effet par sa localisation en arrière de l'anüs.

Par l'absence, à la palpation, d'induration tunéiliforme entre l'orifice le plus inférieur et l'anüs.

Par l'absence de communication avec l'anüs, comme en fait foi la non perception par un doigt intra anal, de l'air injecté à la seringue dans l'orifice fistuleux. Comme en fait foi également l'exploration avec un cathéter de gomme ou un stylet souple qui conduit, non pas en bas vers l'anüs, mais en haut vers le sacrum.

Le kyste para coccygien, se différencie également dans sa forme habituelle de l'ostéite sacro coccygienne par le cathétérisme qui montre l'absence de contact osseux.

La fistulographie lipiodolée précise que le kyste n'a que des rapports de contiguité avec le plan osseux.

Sur le cliché simple, sacrum et coccyx ont des bords nets et ne présentent aucune anomalie radiologique.

Il est à noter que des kystes para coccygiens infectés peuvent, dans certains cas, entraîner une ostéite du plan osseux.

Mais il s'agit là plus d'une complication que d'une affection primitive pouvant donner le change.

Pratiquement, le diagnostic n'aura jamais à se poser avec un spina bifida, un kyste dermoïde ou un tératome dont l'origine s'explique par l'union embryologique à ce niveau des trois feuillets primitifs.

Ces affections qui surviennent chez le sujet jeune ont tous les caractères habituels des tumeurs, bien différents de ceux du kyste para coccygien.

Dans tous les cas, le diagnostic sera rarement erroné si l'on pense systématiquement au kyste para coccygien devant une fistule du raphé postérieur à quelques centimètres en arrière de l'anüs.

TRAITEMENT

Avant d'envisager les méthodes d'exérèse totale qui ont notre choix, nous allons succinctement passer en revue certaines techniques qui, dans les mains de leurs auteurs, ont permis d'obtenir des guérisons durables.

TRAITEMENTS NE COMPORTANT PAS L'EXERESE EN BLOC DU KYSTE :

1 - La thérapeutique sclérosante

Depuis longtemps, on a essayé de traiter les fistules sacro coccygiennes par injection de substances sclérosantes, soit directement dans le trajet, soit après mise à plat du kyste.

Par cette méthode qui a le gros désavantage d'être douloureuse, on a pu obtenir la guérison d'un certain nombre de kystes non infectés, ce qui est évidemment l'exception.

2 - Les méthodes visant à l'épithélisation cicatricielle de la cavité du kyste :

Après incision et drainage, l'épithélisation a pu être obtenue.

- Soit par la méthode de CRILE qui consiste à placer dans la cavité un drainage régulièrement surveillé jusqu'à l'obtention d'une petite fistule résiduelle.
- Soit par la méthode de MATHESHEIMER qui consiste, après incision large du kyste à panser régulièrement la plaie par des mèches iodoformées, puis par des mèches imbibées d'une solution

spéciale entraînant la coagulation superficielle, jusqu'à cicatrisation complète.

- Soit par la méthode imaginée par BUIE qui est plus exactement une véritable marsupialisation

Cette dernière méthode, consiste, après exérèse du couvercle cutané du kyste, à suturer aux bords de la plaie la périphérie du lit scléreux de la cavité. La plaie est ainsi transformée en une gouttière qui est tapissée par la paroi fibreuse du kyste.

Ces techniques ont évidemment l'avantage de limiter au maximum les délabrements. Elles peuvent n'exiger que l'anesthésie locale et être ambulatoires.

Leur nombre, toutefois, indique bien que l'accord est loin d'être réalisé sur l'efficacité de l'une d'entre elles. A l'heure actuelle, elles sont pratiquement abandonnées.

TRAITEMENTS COMPORTANT L'EXERÈSE EN BLOC DU KYSTE

La nécessité de l'exérèse globale du kyste para coccygien est en effet, à l'heure actuelle, une notion universellement reconnue.

Elle repose sur les raisons suivantes :

- 1 - l'existence constante, sur le plan anatomique, d'une paroi;
- 2 - la constance de l'infection plus ou moins chronique d'un kyste, retardant, en cas d'exérèse incomplète, la cicatrisation rapide de la plaie.

Il est bien admis actuellement que cette exérèse complète ne comporte jamais l'exérèse associée du coccyx.

Cette ablation du coccyx, autrefois de règle, est en

effet illogique pour des considérations anatomiques que nous avons déjà envisagées. Elle n'est pas, d'autre part, sans inconvénient, puisqu'elle est très souvent l'origine de douleurs difficilement curables.

En réalité, tout le problème actuel repose sur la conduite à tenir après l'exérèse du kyste :

Faut-il, pour obtenir une cicatrisation per primum, fermer la brèche opératoire, ou bien laisser tout ouvert et attendre une cicatrisation secondaire par granulation ?

1°- Les techniques envisageant la fermeture de la brèche opératoire.

Ces techniques sont nombreuses et souvent ingénieuses. Elles ont pu, exécutées par leurs auteurs, donner des résultats remarquables et une cicatrisation très rapide.

Elles présentent l'inconvénient de ne pouvoir être mises entre toutes les mains et surtout de ne pouvoir s'adresser à tous les cas.

En effet, elles exposent à des complications essentiellement infectieuses sur lesquelles nous reviendrons.

Nous n'avons aucune expérience personnelle de ces méthodes, aussi allons-nous nous contenter de les signaler brièvement.

a)- Certains, pour supprimer l'espace mort laissé par l'exérèse du kyste, font appel à des lambeaux musculo-aponévrotiques taillés dans les fessiers.

La technique de SHOUTE-SMITH-LEVINE et BUSH : Le lambeau fibro-musculaire, taillé au travers du fascia du grand fessier et des fibres musculaires sous jacentes est retourné et suturé sur la ligne médiane ainsi que la peau.

HOLMAN a décrit une variante: après avoir suturé les 2 lambeaux musculaires comme les auteurs précédents, la peau n'est suturée que dans la partie inférieure pour ménager un drainage superficiel de la plaie opératoire.

TURELL suit la même technique, ferme soigneusement la partie inférieure de la plaie cutanée et fait pour la partie supérieure une suture secondaire précoce.

b)- D'autres comblent la plaie avec des greffes cutanées.

- On peut utiliser, comme l'a proposé JUDET, un greffon d'une demi épaisseur de peau, qui est maintenu en place par un pansement compressif. Cette greffe donne souvent une peau fragile. C'est la raison pour laquelle on lui préfère:

- Les greffes pédiculées ou lambeaux de rotation (DAVIS et STARR), avec incisions latérales de relachement que l'on suture sans trop de tension, ou sur lesquelles on applique des greffes libres .

Quelle que soit la technique utilisée, les suites opératoires doivent être rigoureusement surveillées. La cicatrisation est normalement obtenue en 3 semaines pendant lesquelles le malade devra être suivi en milieu chirurgical.

Des complications sont en effet possibles.

Non pas tant les complications tardives intéressant la qualité de la cicatrisation qui n'est pas toujours parfaite que :

L'infection nécessitant le débridement rapide de la plaie.

Cliniquement, elle peut succéder :

- soit à un hématôme post opératoire qu'il importe alors de ponctionner aseptiquement;
- soit à une exérèse incomplète des tissus kystiques dont nous avons vu l'infection quasi constante.

Dans tous les cas, on perd évidemment le bénéfice de la suture de la plaie.

C'est d'ailleurs ce risque infectieux qui a incité des auteurs à mettre au point une méthode dite de semi-fermeture. Cette technique vise à gagner du temps sur la cicatrisation, tout en évitant le risque infectieux entraîné par la fermeture complète de la plaie.

Le taux des récidives ne semble pas en faveur de ces techniques de fermeture. Si WENGER ne signale que 8,8 % de récidives parmi ses malades opérés, les chiffres avancés par les autres auteurs se situent autour de 20%.

2°- La technique de l'exérèse globale du kyste en laissant tout ouvert:

C'est la méthode qui a notre choix. Méthode de sécurité elle met automatiquement à l'abri des accidents infectieux, dont nous avons vu le risque avec les méthodes de fermeture.

Son principal inconvénient est la lenteur de la cicatrisation.

Cet inconvénient est en réalité minime, puisque sans hospitalisation ou après une hospitalisation de courte durée, une reprise des activités professionnelles, en temps de paix du moins, peut être envisagée dans un délai rapproché.

La technique que nous utilisons, n'est pas en elle-même très originale.

Soins préopératoires. Après avoir soigneusement rasé la région sacro coccygienne, ou mieux, après dépilation radiothérapique, le malade est placé en décubitus ventral ou en position genu-pectorale.

La zone périkyستique est badigeonnée à l'alcool ou à la solution de mercurochrome.

L'anesthésie peut être générale ou locale.

a)- l'anesthésie générale a été utilisée chez 9 de nos malades. L'hospitalisation dont la durée n'excède jamais 10 jours est exigée non pas tant par l'importance de l'intervention proprement dite (le lever est autorisé le lendemain) que par la crainte des complications post opératoires dues à l'anesthésie elle-même.

b)- l'anesthésie locale a été utilisée 7 fois. Elle ne comporte pas les inconvénients qu'on a pu lui attribuer :

- l'extension de l'infection
- l'insuffisance de l'anesthésie

Aucune complication infectieuse sérieuse n'a pu être notée dans les ~~suites~~ opératoires de nos observations. De plus, la qualité des anesthésiques locaux modernes met à l'abri des interventions par trop pénibles.

Nous préférons à la Novocaïne, lente à faire son effet et souvent mal tolérée, les injections de xylocaïne à 2%. Nous déconseillons l'usage des anesthésiques avec vaso-constricteurs, bien qu'ils permettent une intervention plus facile dans une plaie sèche, car ils exposent à des hémorragies tardives post opératoires.

L'anesthésie doit porter sur tous les tissus qui seront excisés; elle sera renouvelée à la demande.

On se méfiera seulement d'une injection trop généreuse qui risque de modifier l'aspect de la lésion en compliquant ainsi l'acte opératoire, et expose localement à un oedème post opératoire et à des douleurs.

La technique opératoire

L'intervention se fait au bistouri électrique, en général en monopolaire.

Quel que soit le mode d'anesthésie, l'incision doit être large, en quartier d'orange, s'étendant sur les côtés autant qu'il est nécessaire pour passer au large des orifices fistuleux, et en profondeur jusqu'à l'aponévrose qui recouvre le

coccyx. On dissèque de bas en haut le lambeau en rasant cette aponévrose, on est sûr ainsi d'enlever en bloc la totalité des kystes. L'hémostase est faite pas à pas à l'électrocoagulation : aucune ligature n'est pratiquée. On termine par un tassement soigneux dans la plaie d'une mèche iodoformée qu'on maintient par un pansement adhésif.

L'intervention ne dure pas au total plus d'une demi-heure, si elle a lieu sous anesthésie locale, le malade peut alors rentrer chez lui. La seule complication à craindre est l'hémorragie post opératoire; elle peut être évitée par une technique minutieuse, et à l'heure actuelle, ce danger peut encore être réduit par l'utilisation des mèches hémostatiques résorbables .

Suites opératoires

Sous anesthésie générale, comme sous anesthésie locale, la surveillance post opératoire doit être rigoureuse et effectuée par l'opérateur lui-même.

La mèche est enlevée le 4ème ou le 5ème jour; on conseille alors au malade des bains de siège bi-quotidien et l'application d'une pommade antiseptique.

On veillera tout spécialement au bon ordre de la cicatrisation qui doit se faire de la profondeur vers la superficie. On détruit au crayon de nitrate d'argent , les bourgeonnements exhubérants qui gênent la cicatrisation par les bords et qui, négligés, pourront être à l'origine de cloisonnements.

Dans tous les cas, on portera toujours toute l'atten-

tion désirable à l'état de la cicatrisation de la partie la plus profonde de la plaie.

Cela ne change pas évidemment le caractère ambulatoire du traitement. Il suffit de convoquer le malade tous les 8 jours ou tous les 15 jours jusqu'à cicatrisation complète de la plaie.

Cette discipline sera facilement acceptée par le malade.

La guérison complète est obtenue en 8 semaines environ.

La cicatrice est souple et indolore.

La date de la reprise de l'activité professionnelle est difficile à préciser car elle dépend, en partie, de la volonté et du psychisme du malade, mais elle peut raisonnablement, dans la majorité des cas, être envisagée au bout de 3 semaines.

Complications

- 1°- les douleurs post opératoires sont très limitées, les opiacés ont été inutiles dans la majorité des cas, et la plupart des malades ont eu des suites immédiates tolérables, grâce aux antalgiques mineurs (acide acétyl-salicylique simple ou en association).
- 2°- l'hémorragie est, comme nous l'avons déjà vu, le risque majeur: artérielle ou veineuse, elle peut être très abondante localisée ou en nappe. Elle cède généralement au nettoyage de la plaie et à un pansement compressif hémostatique, associé aux hémostatiques par voie générale. Elle peut, toutefois, nécessiter une électrocoagulation d'un vaisseau qui saigne.

3°- L'infection. Le risque infectieux est inexistant, à tel point qu'il nous a semblé inutile de faire précéder et de faire suivre l'intervention d'un traitement antibiotique.

Il est cependant possible que la cicatrisation de la plaie puisse, du moins au début, tirer un bénéfice d'un tel traitement, en utilisant de préférence la voie par entérale.

4°- Les récidives. Parmi les 15 malades opérés par ces méthodes, aucun, jusqu'à ce jour, n'a présenté de récive.

Les indications

1°- Les kystes très infectés. En cas d'infection importante des kystes qui conduirait à une exérèse trop importante, il est préférable de pratiquer d'abord une incision de drainage, et de n'opérer que dans un second temps après sédation des douleurs, lorsque la lésion est nettement limitée à la seule poche kystique.

2°- C'est évidemment dans ce cas que l'on aura recours plus spécialement aux antibiotiques.

3°- L'importance des lésions anatomiques. Lorsque le kyste s'avère volumineux, lorsque les décollements fistuleux sont importants, en cas de kystes multiples, le problème se pose de préciser les limites raisonnables de l'anesthésie locale.

C'est évidemment une question d'habitude et d'entraînement personnel, mais aussi et surtout une question de compréhension du malade.

En cas de doute, toutefois, on n'hésitera pas à proposer l'anesthésie générale qui, nous l'avons vu, n'exige pas, avec la technique employée, une hospitalisation très longue.

Conclusion

La technique d'exérèse globale de la lésion en laissant tout ouvert, est une technique de sécurité.

Elle n'est pas idéale, car elle laisse une cicatrisation plus lente, qu'après suture de la plaie. Mais elle permet, grâce à l'absence de risques infectieux, une libération plus rapide du malade après anesthésie générale, ou bien, comme nous l'avons vu, une technique véritablement ambulatoire sans nécessité d'hospitalisation.-

OBSERVATIONSI - SUJETS AYANT ETE OPERES SOUS ANESTHESIE GENERALEOBSERVATION N° 1

Mr.P... 52 ans, présente depuis 6 ans des abcès à répétitions avec suppuration chronique.

A l'examen : Il existe un orifice paramédian à droite, dans lequel un stylet peut pénétrer, et deux orifices punctiformes également à droite.

L'intervention est pratiquée le 26/II/52

"Excision de deux volumineux kystes - indépendants l'un de l'autre.

Suites opératoires normales, avec guérison complète et sans récurrence à ce jour.

o

o o

OBSERVATION N° 2

Mlle D... 23 ans. Chez cette malade, un abcès rétro-anal a déjà été incisé à trois reprises.

A l'examen, Près du raphé postérieur, il existe deux petits orifices punctiformes, par lequel on peut effectuer un cathétérisme à la sonde. Les deux trajets communiquent avec la même poche.

L'intervention a eu lieu le 1/10/53

" Injection de bleu de méthylène. On enlève une énorme poche
 " du volume d'une noix, ce qui nous amène au contact du coccyx
 " et du sacrum.
 " Mèche iodoformée.

Les suites opératoires sont normales. Revue le 5/II/53, cette malade était en bonne voie de cicatrisation. Guérie un mois plus tard, elle n'a jamais présenté de récurrence jusqu'à ce jour.

OBSERVATION N° 3

Mr.S... 35 ans. Ce malade présente depuis 6 mois un écoulement rétro anal, parfois sanguinolent, permanent.

A l'examen, il existe 3 orifices punctiformes sur la ligne médiane et deux autres plus gros, à droite.

L'intervention a lieu le 6/I/55

Suites opératoires normales. Guérison complète et sans récurrence jusqu'à ce jour.

o

o o

OBSERVATION N° 4

Mlle W... 28 ans. Cette malade présente une petite masse ovoïde de la grosseur d'une noix dans le quadrant postérieur droit. Il existe deux orifices.

L'intervention a lieu le 4/2/57

Suites opératoires normales, guérison complète et sans récurrence jusqu'à ce jour.

OBSERVATION N° 5

Mr. B... 38 ans. Présente un écoulement anal persistant depuis 6 ans, avec des périodes douloureuses tous les deux mois.

A l'examen, il existe un petit orifice juxta coccygien.

L'intervention a lieu le 25/4/57

" Dissection de la fistule au bistouri électrique. Le trajet
 " conduit sur la face postérieure du coccyx qu'il cotoie un
 " certain temps, puis sur la pointe du coccyx que l'on dénude
 " au bistouri électrique. Hémostase. Pas de suture.

Examen anatomo pathologique : La coupe montre un volumineux granulome inflammatoire chronique, ce dernier ne renferme aucun débris tissulaire reconnaissable.

Ce malade est sorti trois jours plus tard de l'hôpital.

Nous avons revu ce malade le 4/2/57. L'état local était très satisfaisant.

°

° °

OBSERVATION N° 6

Mr. B... 20 ans, présente quatre orifices para médians par lesquels sortent des touffes de poil.

L'intervention a lieu le 28/1/57

" Kyste rétro coccygien. Touffes de poils sortant par les orifices.

" Exérèse de tout le paquet au bistouri électrique.

Examen anatomo pathologique.

La coupe confirme entièrement le diagnostic de kyste para coccygien entouré par un granulome inflammatoire plasmocytaire chronique.

Ce malade est sorti de l'hôpital le 7/2/57. Le 15/2/57 le malade était en bonne voie de cicatrisation.

°

° °

OBSERVATION N°7

Mr.G... 27 ans. A déjà subi depuis 2 ans 1/2 trois incisions de la fesse.

A l'examen : kyste para coccygien évident.

l'intervention a lieu le 30/3/57

" Large exérèse d'un bloc fibreux se décollant jusqu'au coccyx.

" Mèche iodoformée.

Examen anatomo pathologique.

" La coupe montre un tissu cicatriciel très compact, constitué par des trousseaux fibreux. Il existe de nombreux infiltrats inflammatoires chroniques jusque dans le tissu graisseux.

" Celui-ci renferme également un névrome."

" Conclusion : épaisse sclérose cicatricielle.

Suites opératoires normales.

Le 11/5/57, Plaie parfaite en voie de cicatrisation.

°

° °

OBSERVATION N°8

Mr. L... 17 ans. A ~~présenté~~ en 1955 un abcès qui a été ouvert chirurgicalement.

Depuis, écoulement permanent.

A l'examen: Il existe un orifice punctiforme médian par lequel sort une touffe de poils, et un orifice para médian gauche plus large.

L'intervention a lieu le 13/3/57

" Injection de bleu de méthylène. Dissection du trajet au
" bistouri électrique.

" La face postérieure du sacrum forme tout le fond de la plaie.
Suites opératoires normales.

II - SUJETS AYANT SUBI LE TRAITEMENT AMBULATOIRE

: OBSERVATION N° 9

Mlle P... 28 ans. Depuis 10 ans a subi plusieurs interventions pour abcès de la région rétro anale.

A l'examen, il existe deux orifices cutanés para coccygiens.

L'intervention a lieu le 16/1/47

" Mise à plat avec destruction des bords.

Suites opératoires normales.

Pas de récurrence.

OBSERVATION N° 10

Mr. P... 31 ans. Présente depuis 5 ans des abcès à répétition qui ont dû être incisés trois fois.

A l'examen, il existe un orifice fistuleux sur une cicatrice opératoire. Un deuxième orifice punctiforme est retrouvé au

niveau du raphé médian. Les deux orifices communiquent avec la même cavité.

L'intervention a lieu le 6 octobre 1952.

" On découpe une collerette autour du 1er orifice et on fend
" sur un fil de nylon, puis on excise les bords du trajet
" jusqu'à ce que l'on trouve du tissu souple et sain. Ce qui
" fait une cavité d'un volume d'une noix.

" Mèche iodoformée.

Suites opératoires normales.

19 Janvier 1953 : Guérison complète.

Pas de récurrence jusqu'à ce jour.

°

° °

OBSERVATION N° 11

Mr.C... 41 ans. Présente un écoulement léger depuis 2 mois 1/2

Pas de douleur.

A l'examen: Il existe au niveau du raphé postérieur deux
orifices punctiformes communiquant avec une poche latéro
coccygienne.

L'intervention a lieu le 25/10/52

Après un drainage de 8 jours, excision de tout le trajet fistuleux.

LE 3/II/52 : En bonne voie de guérison.

Cicatrisation complète 1 mois plus tard. Pas de récurrence jusqu'à ce jour.

OBSERVATION N° 12

Mr.N... 34 ans. Présente une fistule de la région coccy-gienne depuis 3 ans. Pas de douleur mais suintement permanent.

A l'examen: sur le raphé médian postérieur, il existe deux orifices d'où sort une touffe de poils.

L'intervention a lieu le 9/3/53.

Excision en masse de toute la lésion.

Ce malade n'a pas été revu.

°

° °

OBSERVATION N° 13

Mr.B... 28 ans. Présente un orifice médian, 4 cms en arrière du canal anal d'où sort une touffe de poils.

L'intervention a lieu le 18/9/53

" Mise à plat et curetage. Coagulation des points qui saignent.

" Mèche iodoformée.

Suites opératoires normales.

Pas de récurrence.

°

° °

OBSERVATION N° 14

Mr.O... 20 ans. Présente une fistule depuis deux mois.

Un écoulement plésiste.

A l'examen : Il existe un kyste para coccygien avec un orifice principal sur le raphé postérieur et trois petits orifices punctiformes en dessous. Plusieurs poils sortent de l'orifice postérieur.

L'intervention a lieu le 15/5/54

" On découpe une collerette cutanée autour de l'orifice principal puis on pratique l'excision. On arrive ainsi jusqu'au coccyx dont on reste séparé par une mince couche de tissu sain. Mèche iodoformée.

Le 17 Mai 1954. On enlève la mèche et l'on observe des petits saignements que l'on nitrate.

Pas de douleur.

Le 21/6/54. Comblement total de la plaie. Cicatrisation complète.

°

° °

OBSERVATION N° 15

Mr. B... 23 ans. A découvert il y a quinze jours, une masse arrondie, dure et douloureuse à la pression, de la région rétro anale.

A l'examen : il existe un kyste para coccygien avec un orifice médian.

L'intervention a lieu le 9/7/55

" Excision en masse de la lésion.

Suites opératoires normales.

Le 1/9/55. La plaie opératoire est complètement cicatrisée.

Pas de récurrence jusqu'à ce jour.

OBSERVATION N° 16

Mr. D... 22 ans. Présente une fistule rétro anale depuis 6 mois.

A l'examen, il existe un orifice para médian d'où sortent des poils.

L'intervention a lieu le 24/I/56

" On découvre une vaste cavité de la taille d'une figue avec
" de nombreuses fongosités à l'intérieur.

Suites opératoires normales.

Le malade est revu le 14/6/56. La plaie opératoire est cicatrisée.

III- SUJETS N'AYANT PAS ETE TRAITES

OBSERVATION N° 17

Mr. G... 49 ans. Ce malade a présenté entre 1942 et 1948 3 abcès de la région rétro anale.

A l'examen : Il existe une fistule coccygienne avec deux orifices : l'un loin de l'anus sur la région sacrée,
(17/I/48)
l'autre à la limite postérieure du pli interfessier.

Ces deux fistules communiquent avec une même poche.

Ce malade n'a pas été traité.

o

o o

OBSERVATION N° 18

Mr. G... 26 ans. A subi entre 1945 et 1948 deux interventions pour fistule rétro anale.

Depuis 4 ou 5 mois, reprise des troubles : douleurs, suintements.

A l'examen, le 17/12/51, il existe plusieurs orifices para-médians. Tous ces orifices communiquent entre eux.

Ce malade n'a pas été traité.

°

° °

OBSERVATION N° 19

Mr.D... 36 ans. Vers l'âge de 17 ans, tuméfaction rétro-anale ayant fistulé 2 mois plus tard.

A l'examen le 27/2/52, petit kyste para coccygien à 15 cms du canal anal s'ouvrant au niveau d'un petit pertuis sur le raphé postérieur. Il s'en écoule un dé à coudre de pus rougeâtre.

Ce malade n'a pas été traité.

°

° °

OBSERVATION N° 20

Mr.D... 38 ans. Ce malade qui présentait une fistule para coccygienne a subi le 4/5/51 une amputation du coccyx.

Depuis, succession d'ouverture et de fermeture de la fistule.

A l'examen le 18/3/52 - ne présente pas de suintement/

°

°

°

OBSERVATION N° 21

Mr. B... 24 ans. Fistule opérée 7 fois en 7 ans. Persistance d'une suppuration et de quelques douleurs.

A l'examen le 10/12/52 - Très haut à droite du raphé médian 2 orifices punctiformes.

Ce malade n'a pas été traité.

°

°

°

OBSERVATION N°22

Mr. B... 32 ans . Ce malade présente le 10/6/53 une fistule para coccygienne avec deux orifices para médians d'où sort une touffe de poils.

N'a pas été traité.

CONCLUSION

Nous avons vu dans cette étude, que les kystes paracoccygiens, malformations congénitales d'origine ectodermique n'avaient de manifestations pathologiques que chez l'adulte jeune.

L'éclosion de ces phénomènes semble liée à deux sortes de facteurs :

Des facteurs propres au sujet : il s'agit d'hommes bruns aux poils denses, à la séborrhée importante, en état de moindre résistance aux infections.

Des facteurs extérieurs : micro traumatismes répétés ou sédentarité, hygiène défectueuse.

Si les exigences de la guerre voulaient que le sujet opéré présente une cicatrisation complète, quelle que soit la durée de l'hospitalisation, la vie civile est tout à fait compatible avec des soins locaux, même prolongés. Ce léger désavantage compensé par une incapacité fonctionnelle pratiquement nulle, nous fait choisir la méthode d'exérèse totale du kyste sans fermeture ni drainage.

Si, dans un certain nombre de cas, cette exérèse doit se faire sous anesthésie générale, le plus souvent elle est réalisable par la technique ambulatoire sous anesthésie locale.

En effet, cette méthode présente une absence totale de risque d'infection, et nous n'avons pu noter aucun cas de récurrence.

=====

BIBLIOGRAPHIE
=====BEIQUE L. et DUPONT C. :

Sinus et kystes sacro coccygiens: Union.méd.Canada Novembre 1954.

BRAND

Kystes dermoïdes sacrés :
Acta Chirurgica Helvetica.Avril 1956

BUIE L.A. & CURTIS R.K. :

Les affections pilonidales
Surg.Clin.?North. Amer. Août 1952

GAGE M.:

Kystes et fistules dermoïdes sacro coccygiens
Ann. Surg. Février 1939

FREUND S.J. & REDDING M.D.

La marsupialisation: Am. J. Surg. Septembre 1948

GOINARD P. & PEGULIO J.

Sur le traitement chirurgical des kystes et fistules
sacro coccygiens - Afrique Française- Chir. 1953 N° 3

GRAU H.R.

Sinus pilonidal : étiologie des récidives:
Intern.Coll.Surgeons. 1951 n° 15

HARDENSON J.C. & BRINTNALL. E.S.

Principes chirurgicaux du traitement du kyste pilonidal et de
ses complications.
Amer. J. Surg. 1950 n° 79.

MAC. LEOD. R.G.

Sinus pilonidal de la région sus pubienne.
Brit. Med. J. Mars 1953

MALLEVRE R.

Thèse - Paris 1921.

NAVARRE P.

Thèse-Paris 1946.

OLIVIER C. & LORD G.

Exérèse et fermeture en un temps par plastie fessière dans les
kystes et fistules sacro coccygiens.
Presse Médicale : 28 mars 1951

SMITH T.E.

Kystes périnéaux antérieurs ou périanaux
The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1948 n° 136

TURELL R.

N.Y. State J. Med. 1er mars 1951

WENGER S.

Les kystes pilonidaux : leur traitement et leur origine.
Am. J. Surg. 1950 n° 80.

YVANOVITCH B.Y.

Contribution à l'étude de l'origine des fistules sacro coccygiennes
Revue de Chirurgie : Juillet - Aout 1956.

TABLE des MATIERES =====

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	8
DEFINITION	9
HISTORIQUE	10
PATHOGENIE	13
ETIOLOGIE	19
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	22
BACTERIOLOGIE	25
CLINIQUE	26
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	28
TRAITEMENT	30
OBSERVATIONS	41
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE	54

Vu le Doyen
L. BINET

Vu le Président de thèse
Ch. DEBRAY

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH

